

被 保 険 者 様

東京都千代田区永田町2-17-2
東京薬業健康保険組合
企画部 審査課 求償係

書 類 送 付 の ご 案 内

平素は健康保険組合の事業運営にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
この度の事故につきましては、心からお見舞い申し上げます。

早速ですが、下記書類を送付させていただきますので、**交通事故証明書発行後は治療継続中であってもすみやかに届出をお願いいたします。**

この届出書類をもとに健保組合が支払った費用の限度内で相手方が加入している自賠責保険又は任意保険等に請求させていただきますのでご協力をお願いします。

記

【記入していただく書類】

- (1) 第三者行為による傷病届 (NO. 1、NO. 2)
- (2) 事故発生状況報告書
 - ① 事故発生状況報告書に必ず略図を記入してください。
 - ② 最下段の記名捺印をお忘れにならないようにしてください。
- (3) 念 書 (被害者の方が記入するもの)
- (4) 誓約書 (相手方が記入するもの)
※誓約書については、相手から協力を得られない場合は求償係へご相談ください。

【入手していただく書類】

- (1) **交通事故証明書 (必須)** (交通事故証明書の種別は「**人身事故**」を添付してください)
原本を添付できないときは保険会社等で原本証明を受けたものをお願い致します。
また、種別が「**物件事故**」とされている場合は同封の「**人身事故証明書入手不能理由書**」
に記入のうえ必ず提出してください。
- (2) 診断書 (写しでも結構です)

※**業務上や通勤途上**で負傷されたときは**労働者災害補償保険法 (一般に「労災」)**の取扱いとなります。既に健康保険で治療を受けたときは、「労災」への切り替え手続きが必要となりますので審査課 (☎ 03-3581-1239) までお問い合わせください。

- ◎ ご家族の方でパートやアルバイトの**業務上や通勤途上**で負傷されたときも被保険者様と同様に「**労災**」の取り扱いとなります。
- ◎ **交通事故証明書**が発行されたら速やかにご提出ください。

自動車事故にあったら・・・ ～自賠責保険扱いの事故の場合～

「交通事故等の第三者による保険事故については、健康保険が使えない」と誤解されている方もいるようですが、このような場合の事故であっても健康保険で治療を受けることができます。

本来、交通事故など第三者の行為により被害を受けたときの治療費は、原則として加害者または加害者の加入する保険会社が支払うべきものですが、加害者に支払能力がなかったり、損害賠償交渉がスムーズにいかない場合がよくあります。このようなときに被害者が自費で治療を受けると、費用が高額となり負担も大きくなってしまいます（自費診療では保険診療の1.5～2倍の費用がかかるといわれています）。健康保険で受診すれば治療費を低額に抑えることができるため、被害者のみならず加害者救済の点からもメリットがあり、また、損害賠償交渉を有利に進められる場合があります。

事故にあったときは「健康保険で治療する」旨を医療機関の窓口ではっきりと意思表示しマイナ保険証等を提示のうえ、治療を受けてください。

この場合、原則として治療費の3割分は被害者本人が加害者と直接交渉することとなります。

治療費の7割分については、東京薬業健康保険組合が一時立て替え、法律の定めにより、被害者に代わって当組合が加害者に請求します（健康保険法第57条※1）。

※仕事や通勤途上の事故は労災保険の対象となりますのでご注意ください。

① 警察へ届け出る

- ・ 警察官の立会いで現場状況が確認され、実況見分調書として記録されます。また、加害者の自賠責保険※2への損害賠償請求の際には、事故証明書の添付が義務づけられています。

② 加害者確認

- ・ 賠償責任先をはっきりとさせるため、加害者の運転免許証、ナンバープレート、自賠責保険等の確認をしてください。

③ 医師の診断を受ける

- ・ 事故から数日たって具合が悪くなるような後遺症が出た場合、因果関係を立証できないケースもあります。軽いけがでも、当日必ず医師の診断を受けてください。これは、人身事故証明書を発行してもらうためでもあります。加害者の自賠責保険への損害賠償請求の際には人身事故証明書が必要となります。

④ 健康保険で治療した場合は健保組合に連絡

（「第三者行為による傷病届」の提出）

- ・ この届をもとに、健保組合が支払った費用を加害者（加害者が加入している自賠責保険）に後日請求します。提出はできるだけ、すみかにお願いたします。

⑤ 示談は慎重に

- ・ 自動車事故には後遺症の危険がありますので、示談は慎重にしましょう。また、示談の前に必ず当健保組合にご連絡ください。

【提出書類】

- 第三者行為による傷病届
- 事故発生状況報告書
- 交通事故証明書（原則として人身事故扱い原本）
- 診断書（写）
- 念書
- 誓約書

※1 健康保険法第57条

1. 保険者は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合において保険給付を行ったときは、その給付の価額（当該保険給付が療養の給付であるときは、当該療養の給付に要する費用の額から当該療養の給付に関し被保険者が負担しなければならない一部負担金に相当する額を控除した額。次条第一項において同じ）の限度において、保険給付を受ける権利を有する者（当該給付事由が被保険者の被扶養者について生じた場合には、当該被扶養者を含む。次項において同じ）が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。
2. 前項の場合において、保険給付を受ける権利を有する者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、保険者はその価格の限度において、保険給付を行う責めを免れる。

※2 自賠責保険

正式には「自動車損害賠償責任保険」と言い、すべての自動車やバイクに加入が義務づけられています。一般的には強制保険とも呼ばれ、交通事故の被害者が最低限の保障を受けられるよう、被害者救済を目的としています。

- 自動車（バイク）による人身事故の損害に限られます。
- 法律によって支払い基準が定められ、被害者1名につき支払い保険金の限度額が設けられています。（死亡による損害は3,000万円、傷害による損害は120万円）
- 請求は加害者のほか被害者も直接保険会社にできます。
- 当座の出費に充てるために被害者に対し仮渡金の制度があります。
- 治療費についての内払い制度があります。

審査課



03 (3581) 1239

第三者行為による傷病届(則65条)

被害者情報	被保険者等	記号	被保険者氏名							
		番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日生			
			住所	〒 _____ ☎						
	被保険者の勤務先事業所	名称								
	所在地	〒 _____ ☎								
報	被扶養者の方が事故に遭ったとき	氏名				続柄				
		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日生				
第三者情報	第三者(相手方)	氏名			生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日生	
		住所	〒 _____ ☎							
	第三者の勤務先	名称								
		所在地	〒 _____ ☎							
第三者(相手方)が不明のとき	その理由									
事故内容	傷病名				事故発生年月日	令和	年	月	日	曜日
					午前・午後 _____ 時 _____ 分頃					
	事故発生場所									
	種別	自動車事故・その他()								
	警察官の立合	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない								
	所轄署				警察署					
備考										
◎ 本件は業務上・通勤途上災害以外の事故によるものに相違ありません。										
被害者 氏名 _____										

【受付日付印】

※【健康保険法第57条】 損害賠償請求権の代位取得

第三者の行為(事故・傷害等)による治療について、健康保険で治療を受けたときは、健康保険組合がその価額の限度(原則:治療費の7割分)について第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得します。

このことを代位取得といいます。

この届に添えて提出する書類	1. 交通事故証明書(人身事故・原本)・・・交通事故の場合のみ添付してください。 2. 事故発生状況報告書 3. 診断書写し
---------------	--

記入についての注意点

- ・別紙「事故発生状況報告書」には第三者(相手方)の行動及び被害者の行動を詳細にご記入ください。
- ・事故状況略図に地図をご記入の際は場所が明確になるよう目印(コンビニ等)も書き添えてください。
- ・加入者の過失が大きい場合であっても被害者(乙)としてご記入ください。

治	受診医療機関	名称	①	②	③
		所在地	〒	〒	〒
療	期	間	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日
			至:令和 年 月 日	至:令和 年 月 日	至:令和 年 月 日
			上記のうち入院期間	上記のうち入院期間	上記のうち入院期間
			自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日
状	の	治療経過	治 ゆ・継続中・中止	治 ゆ・継続中・中止	治 ゆ・継続中・中止
			至:令和 年 月 日	至:令和 年 月 日	至:令和 年 月 日
況	治療費の支払方法	健康保険	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日
		第三者(相手方)	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日
		全額自費	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日	自:令和 年 月 日

任意保険の加入状況		
保険契約者	住所	〒
	フリガナ 氏名	
保険会社名等		
証明書番号(証券番号)		
保険期間		自: 令和 年 月 日 至: 令和 年 月 日
保険会社住所	所在地担当者	〒
任意対人一括の有無		被害者加入の保険会社の関与
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 関与の有無をチェック		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 関与の有無をチェック
備考		

事故発生状況報告書

※上段は自賠償保険・下段は任意保険の番号

保険証明書 番号		当 事 者	甲（加害運転手）氏名			
自 動 車 番 号			乙（被害者）氏名		運転 ・ 同乗 歩行 ・ その他	
状 況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日（定休日・休暇を含む） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	出勤日の場合	<input type="checkbox"/> 勤務時間中（パート・アルバイト含む） <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用				
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	労災特別加入	<input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無 ※被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入				
天 候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明 暗	明るい・暗い	
道 路 状 況	舗 装	<input type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない	直線・カーブ	平坦・上り坂・下り坂	見通し	良い 悪い
	積雪路・凍結路	幹線道路		住宅地・商店街	歩道 (両・片)	ある ない
信 号 又 は 標 識	信 号	<input type="checkbox"/> ある(青黄赤) <input type="checkbox"/> ない	禁止標識 (一時停止等)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 他の標識 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 自転車 通行帯 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
速 度	甲車両	走行速度	km/h	乙車両	走行速度	km/h
		制限速度	km/h		制限速度	km/h
事故現場の自動車と被害者の状況を図示してください。	(右の記号を使って乙の立場で記入してください。また車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。)					
	自 車(乙)					
	相手車(甲)					
	進 行 方 向 ↑					
	信 号					
	一 時 停 止					
	人 (乙)					
	自 転 車					
	オートバイ					
上記図の説明を 書いてください。						

別紙交通事故証明に補足して上記のとおり報告します。

令和 年 月 日
 甲との関係 ()
 報 告 者
 乙との関係 ()

念 書

(場所)

令和 年 月 日 _____ において

第三者(相手方氏名)

(受診者氏名)

_____の行為により_____の被った傷病について、健康保険法の規定による保険給付を受けた場合は、私が第三者(相手方)に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条の規定に基づき、東京薬業健康保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申立てます。

なお、併せて次の事項に対し同意し、遵守することを誓約します。

1. 自賠責任保険(共済)及び任意保険等への請求に際し、診療報酬明細書(写)等を添付することに同意すること。
2. 自賠責任保険(共済)及び任意保険等への請求に際し、貴組合から必要な添付書類等の提出を求められた場合には、遅滞なく提出すること。
3. 第三者と示談を行う場合には、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
4. 第三者側に白紙委任状を渡さないこと。
5. 第三者側から金品を受けたときは、受領年月日、内容金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴組合に届け出ること。
6. 組合が保険給付又は損害賠償の支払いの請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。
7. 組合が必要な時、「示談書」及び「後遺障害診断書」を貴組合に届け出ることについて承諾すること。

令和 年 月 日
受 診 者 (未成年の場合は親権者等)

住 所 _____

氏 名 _____

☎ _____

☎ _____

東京都千代田区永田町二丁目17番2号
東京薬業健康保険組合
理 事 長 殿

誓 約 書

1. 事故年月日 年 月 日 午前・午後 時 分 ころ

2. 事故発生場所

3. 受診者氏名

上記受診者に傷害を負わせましたが、この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付の限度において貴組合が代位取得し、貴組合から損害賠償金（保険給付）の請求を受けた時は、私の過失割合により納付することを誓約しますので、貴組合で一旦立替え（保険給付相当分）頂きたく、お願い申し上げます。

令和 年 月 日

損害賠償金支払義務者（未成年の場合は親権者）

住所 〒 _____

_____ ㊞ _____

氏名 _____

_____ ㊞ _____

連帯保証人

住所 〒 _____

_____ ㊞ _____

氏名 _____

_____ ㊞ _____

東京都千代田区永田町二丁目17番2号
東京薬業健康保険組合
理 事 長 殿

人身事故証明書入手不能理由書

御中

■人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由を教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

<p>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため</p> <p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため</p> <p><input type="radio"/> 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）</p> <p>【理由】</p> <p>_____ _____</p> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <p>【理由】</p> <p>_____ _____</p>
---	---

◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。

届出警察	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 日
------	----------------------	-------	-------

裏面へ ⇒ 交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

■人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※該当する項目に○印をしてください。</p>	<p>住所 〒 _____ 記入日 年 月 日</p> <p>_____</p> <p>氏名 _____ (印)</p> <p>電話 _____ ()</p>

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求（法第16条請求）する場合には、保険契約者側（契約者、運転手など）の方、または目撃者の方をご記入ください。賠償をした側が請求（法第15条請求）する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方をご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに✓する。

□人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。

□請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆確認日	◆確認先	◆確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆その他・特記事項 ()		

【事案情報 被害者名

事故日：令和 年 月 日】

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

発生年月日時		年	月	日	午前 午後	時	分頃	天候
発生場所								
当事者	甲	住所		電話				
		氏名	生年月日	大・昭 平・令 才				
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第 号				
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	乙	住所		電話				
		氏名	生年月日	大・昭 平・令 才				
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第 号				
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	丙	住所		電話				
		氏名	生年月日	大・昭 平・令 才				
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第 号				
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	丁	住所		電話				
		氏名	生年月日	大・昭 平・令 才				
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第 号				
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	戊	住所		電話				
		氏名	生年月日	大・昭 平・令 才				
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第 号				
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				

※上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。